

Formulario de Información de Emergencia para Niños con Necesidades Especiales

| | | | | |
|-----------------------------|--|---|--|--------------------------------|
| Identificación del Paciente | Fecha de hoy: | ¿Quién está completando este formulario? Usted debe confirmar su consentimiento para usar este formulario | | |
| | Su nombre: | ¿Es este un formulario nuevo o sólo una actualización? | <input type="checkbox"/> Actualización | <input type="checkbox"/> Nuevo |
| | SE REQUIERE CONSENTIMIENTO | | | |
| | Yo (la persona mencionada arriba) confirmo que el padre o la madre / custodio da su consentimiento para usar este formulario | | | |
| | <input type="checkbox"/> Consentimiento | | | |
| | Nombre del paciente | Apodo o sobrenombre | | |
| | Fecha de nacimiento | Domicilio | | |
| | Lenguaje primario | Nombre del padre o de la madre / custodio | | |
| Teléfono del domicilio | Número del contacto de emergencia | | | |
| Teléfono del trabajo | | | | |
| Teléfono celular | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------|--|----------|
| Centros y Proveedores | Proveedor que brinda cuidado | Nombre del Proveedor | Especialidades | Números telefónicos de todos los contactos | Facsímil |
| | Cuidado primario | | | | |
| | Especialista-1 | | | | |
| | Especialista-2 | | | | |
| | Especialista-3 | | | | |
| | Especialista-4 | | | | |
| | Especialista-5 | | | | |
| | Otros | | | | |
| | Farmacia primaria (sucursal, teléfono) | | | | |
| | Departamento de emergencia primaria anticipada | | | | |
| Centro de cuidado terciario anticipado | | | | | |

| | |
|--|---|
| Línea de Base Clínica | Lista de diagnóstico / problema (haga una lista de todos) empezando con el más importante |
| | Resultados físicos de la línea de base |
| | Señales vitales de la línea de base |
| | Estado neurológico de la línea de base |
| | Estado de competencia inmunológica |
| | Sinopsis del estado clínico |
| | Medicamentos (dosis, propósito) |
| | Profilaxis del antibiótico (medicamento, dosis, indicación) |
| | Estudios de laboratorio de línea de base principal / imágenes / diagnóstico |
| | Prótesis, aparatos, dispositivos de tecnología avanzada, apoyo de vida |
| | Alergias: Medicamentos, alimentos, sustancias que se deben evitar y por qué |
| | Directivas de avance (incluya fecha de revisión última) |
| Procedimientos que se deben evitar y por qué | |

| | | | |
|---|---|--------------------|--------------------------------|
| Administración de ED | Describa los problemas que se presentan comúnmente / conclusiones | Estudios sugeridos | Recomendaciones de tratamiento |
| | Problema-1 | | |
| | Problema-2 | | |
| | Problema-3 | | |
| | Problema-4 | | |
| | Problema-5 | | |
| | Otros problemas | | |
| Comentarios sobre el niño, familia, u otros asuntos médicos específicos | | | |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| Inmunizaciones | Fechas de DPT (vacuna contra difteria, tétano, tos ferina) | Estado de Varicela |
| | Fechas de Dtap (vacuna contra difteria, tétano, tos ferina) | Fechas de Hepatitis B |
| | Fechas de OPV o IPV (vacunas contra polio) | Fechas de Hepatitis A |
| | Fechas de MMR (vacuna contra sarampión, paperas, rubeola) | Meningococo (Especifique cuál si es posible) |
| | Fechas de Hib (Haemophilus Influenzae Tipo B) | Estado de TB (vacuna contra tuberculosis) |
| | Neumococo-7 (vacuna contra neumonía) | Virus HP (vacuna contra cáncer cervical) |
| | Otro | Otro |

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
| Planificación de Desastre y Ensayos | Revise o marque por lo menos dos de los desastres que posiblemente podrían afectar a este paciente. | | |
| | <input type="checkbox"/> Falla de electricidad | <input type="checkbox"/> Fuego, fuego de bosques | |
| | <input type="checkbox"/> Huracán | <input type="checkbox"/> Daño de infraestructura (camino, comunicación) | |
| | <input type="checkbox"/> Tornado | <input type="checkbox"/> Daño de estructura de refugio | |
| | <input type="checkbox"/> Terremoto | <input type="checkbox"/> Compromiso de abastecimiento de alimentos y agua | |
| | <input type="checkbox"/> Inundación | <input type="checkbox"/> Compromiso de medicamentos, abastecimientos, equipo | |
| | <input type="checkbox"/> Maremoto | <input type="checkbox"/> Accidente de radiación nuclear (precipitación radioactiva, fusión accidental del núcleo de un reactor, contaminación, detonación, etc.) | |
| | <input type="checkbox"/> Tormenta de nieve | <input type="checkbox"/> Explosión / disparo | |
| | <input type="checkbox"/> Avalancha | <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, terrorismo, accidente biológico, accidente químico, otro evento climático) | |
| | <input type="checkbox"/> Derrumbamiento / Desprendimiento de barro | | |
| Otro (describa) | Otro (describa) | | |
| Ensayos de desastre revisados o practicados con el paciente para prácticas futuras. | | Documentación de los ensayos completados y fechas planificadas | |
| Fecha | Tipo de desastre | Ejemplo de ensayos: Revisión verbal Revisión de papeles Simulación de computadora de modelo para mesa Práctica manual, Revisión de equipo Revisión en casa Energía eléctrica alterna Uso de generador eléctrico | Describa el tipo de ensayo |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Persona que brinda el cuidado médico o nombre del médico: (Escriba con letra de imprenta) | | Firma de la persona que da el cuidado médico o firma del médico: | Fecha: |